

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej)

.....

w terminie

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (właściwe podkreślić):

- historia choroby
- karta informacyjna
- wyniki badań
- inna.....

5. Wnioskuje o: (właściwe podkreślić)

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz kosztów przesyłki – za pobraniem

6. Dokumentację wymienioną w pkt.4 (właściwe podkreślić)

- odbiorę osobiście
- proszę przesłać na adres jak w pkt. 1

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)